

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

150

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert LEMOINE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'ADÉNOPATHIE AXILLAIRE
CHRONIQUE

AU COURS DE LA TUBERCULOSE
PLEURO-PULMONAIRE

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1922

031

150

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

130

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Robert LEMOINE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'ADÉNOPATHIE AXILLAIRE
CHRONIQUE

AU COURS DE LA TUBERCULOSE
PLEURO-PULMONAIRE



Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. le Docteur BRUHL

Médecin de l'hôpital Bichat

*Hommage de ma respectueuse
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur F. BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Boucicaut

*En le remerciant du grand
honneur qu'il m'a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur WALTER

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

A Monsieur le Docteur QUÉNU

Membre de l'Académie des Sciences
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin

A Monsieur le Docteur CÉTTINGER

Médecin de l'hôpital Cochin

A Monsieur le Docteur LESNÉ

Médecin de l'hôpital Trousseau

A Monsieur le Docteur THIROLOIX

**Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Pitié**

A Monsieur le Docteur LE LORIER

**Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin accoucheur à la Maternité de la Pitié**

A Monsieur le Docteur LAFFITTE

Médecin de l'hôpital Beaujon

A Monsieur le Docteur CLAEYS

Suppléant à la consultation de chirurgie de la Pitié

Hommages respectueux.

DE L'ADÉNOPATHIE AXILLAIRE CHRONIQUE

AU COURS

DE LA TUBERCULOSE PLEURO-PULMONAIRE

INTRODUCTION

Le creux axillaire offre en clinique médicale, au point de vue de ses rapports avec l'appareil pleuro-pulmonaire un intérêt réel, à la fois théorique et pratique. Notre maître, M. le Dr Bruhl, au cours d'une année passée dans son service, nous signalait l'importance qu'il y avait à explorer le creux axillaire dans la tuberculose pulmonaire. Nous avons eu l'attention attirée sur ces faits et nous nous sommes proposés, sur son aimable instigation, de chercher à déterminer les rapports qui relient l'adénopathie axillaire à la phtisie. Nous avons examiné des individus sains en apparence, d'autres présentant des poussées douteuses de tuberculose au début, d'autres se trouvant à une période avancée de la maladie. Nous avons pris des observations, nous avons noté tous les faits qui s'offraient à notre jugement et nous les avons comparés entre eux.

Il faut remonter aux auteurs anciens à Velpeau (1865), Grancher (1880), Villemin (1880), à Dodin

(1881), Kirmisson (1882), Quinquand (1883), enfin à Sanchez-Toledo (1887) et à Péter (1892) pour trouver des travaux sur cette question.

Fernet en 1899 insiste de nouveau sur l'engorgement précoce des ganglions axillaires dans la phtisie. Nous constatons que la recherche de cette adénopathie n'a pas été, que nous sachions, signalée par les auteurs modernes et n'est pas entrée dans la clinique ; cependant elle est précoce, très fréquente et constitue un très bon signe de début de tuberculose pulmonaire. Pourquoi est-elle ainsi négligée ? Nous croyons que la raison tient à ce que cette adénopathie ne donne lieu par elle-même à aucun trouble fonctionnel, que le malade ne la signale pas, qu'il faut aller la chercher. Il est très aisé de la trouver et elle ne demande pas une longue éducation.

Dans les cas où le clinicien est réduit seulement à de simples présomptions, où les premières altérations du rythme respiratoire ne sont qu'à peine perceptibles, où leur interprétation reste douteuse, on conçoit de quel précieux secours est ce signe. Nous ne voulons pas dire que la présence d'un ou de plusieurs ganglions dans le creux axillaire implique fatalement un diagnostic de tuberculose, mais nous voulons surtout insister sur la signification d'une lésion, qui, lorsqu'elle sera constatée, devra attirer d'une façon réflexe l'attention du médecin sur les sommets, car elle indique une menace immédiate de tuberculose, sinon une tuberculose existante.

Nous verrons que l'adénopathie axillaire est en

relation étroite avec les lymphatiques pulmonaires, pleuraux et thoraciques, avec les ganglions cervicaux inférieurs, sus-claviculaires et médiastinaux.

Pour présenter les résultats de nos recherches, nous avons adopté le plan suivant : après avoir étudié l'anatomie des ganglions axillaires et leurs relations avec les autres groupes ganglionnaires, les lymphatiques du poumon et de la plèvre, nous donnons une vue d'ensemble sur les rapports entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pulmonaire. Nous nous proposons d'étudier ensuite la physiologie, l'anatomie pathologique de la question, puis d'en faire une étude clinique. Nous dirons quelques mots du diagnostic, du pronostic et du traitement. Nous terminons par les observations et les conclusions.

Arrivé aux termes de nos études médicales, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux et tout particulièrement M. le Dr Bruhl à qui nous tenons à exprimer toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Nous remercions également M. le Dr Legoff radiographe à l'hôpital Bichat, qui nous a donné toutes facilités pour poursuivre cette étude.

ANATOMIE ET RELATIONS DES GANGLIONS AXILLAIRES AVEC LES AUTRES GROUPES GANGLIONNAIRES

Il est nécessaire d'entrer dans quelques détails d'anatomie pour comprendre plus facilement les relations qui existent entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Les ganglions axillaires constituent un centre très important ; ils sont sous-aponévrotiques, disposés sur plusieurs chaînes appliquées sur les différentes parois de la cavité axillaire. Ils sont plongés dans le tissu cellulo-adipeux qui remplit le creux axillaire et convergent vers le sommet de cette cavité. Leur nombre varie de 12 à 36. Duplay dans son *Manuel de diagnostic chirurgical* les classe en un groupe externe et deux groupes internes. Le groupe externe encore appelé brachial suit la direction des vaisseaux axillaires. A ce groupe aboutissent les lymphatiques superficiels du membre supérieur. Le premier groupe interne est antérieur ou pectoral et occupe l'angle antéro-interne. Les lymphatiques de la région mammaire gagnent ce tronc. Le deuxième groupe est postéro-externe et c'est à lui que se rendent les vaisseaux du thorax et de la nuque.

Poirier et Cunéo font une description détaillée des

ganglions axillaires et les répartissent en plusieurs chaînes de la façon suivante :

Une *chaîne humérale* (4 à 5 ganglions) appliquée sur la paroi externe de l'aisselle, suit le paquet vasculo-nerveux principal. Les afférents viennent du membre supérieur, les efférents vont au groupe sous et sus-claviculaires.

Une *chaîne thoracique* qu'il divise en supéro-interne et inféro-externe. La chaîne supéro-interne comprend deux à trois ganglions sous-jacents au bord inférieur du grand pectoral.

La chaîne inféro-externe comprend aussi deux à trois ganglions au niveau du sillon qui sépare le grand rond du sous-scapulaire. Les afférents viennent du sein et des parois antérieure et latérale du thorax. Les efférents gagnent les groupes sous-claviculaire et central.

Une *chaîne scapulaire* qui comprend six à sept ganglions dont les afférents viennent de la nuque et de l'épaule et dont les efférents vont aux ganglions huméraux et centraux. Enfin Poirier et Cunéo décrivent deux autres groupes.

Un *groupe central* avec trois à cinq ganglions situés au voisinage de la base de l'aisselle et qui ont de nombreuses anastomoses avec les groupes précédents. Les efférents vont aux sous-claviculaires et sont l'aboutissant de la plus grande partie des groupes précédents.

Enfin un *groupe sous-claviculaire* avec six à douze ganglions au-dessus du bord supérieur du petit pec-

toral. Fait important, ils reçoivent la presque totalité des vaisseaux efférents des autres ganglions axillaires.

Les auteurs modernes ne parlent guère des connexions qui existent entre les ganglions axillaires et les ganglions intra-thoraciques, cervicaux et sus-claviculaires. Baréty en 1874 fait une description détaillée qui est restée classique des ganglions trachéo-bronchiques et sus-claviculaires ; il constate que ces derniers sont en relation avec le groupe médiastinal, mais ne parle pas des ganglions axillaires. Cet auteur divise les ganglions trachéo-bronchiques en quatre groupes : ganglions prétrachéo-bronchiques droits et gauches, ganglions intertrachéo-bronchiques, interbronchiques. Les vaisseaux afférents sont les collecteurs superficiels et profonds des poumons, les efférents gagnent le confluent veineux et le groupe sus-claviculaire. Baréty signale en outre que les ganglions du cou et du thorax forment une chaîne ininterrompue ; ce fait est très important, car lorsqu'il existe des altérations pathologiques des ganglions bronchiques, l'altération peut s'étendre aux ganglions du cou et au groupe sus-claviculaire.

Cruveilhier en 1877 décrit les lymphatiques du poumon et les réseaux pleuraux qui tous deux déversent leur contenu dans les ganglions bronchiques.

Sappey fait la même constatation.

Kirmisson en 1882 fait douze dissections des ganglions axillaires et les divise en superficiels et profonds. Les superficiels se partagent en un groupe

antérieur sous le bord inférieur du grand pectoral et un groupe postérieur qui suit la direction des vaisseaux et des nerfs scapulaires inférieurs.

Sanchez Tolédo en 1887 entreprend des expériences originales : il injecte des colorants dans la plèvre et conclut qu'il existe une communication entre la plèvre costale et les réseaux lymphatiques sous-jacents.

Rieffel en 1890 signale l'existence de communications entre les ganglions pulmonaires et axillaires par deux voies différentes. D'une part le système intrathoracique par l'intermédiaire des systèmes pleural et intercostal communique avec les systèmes mammaire, pectoral et axillaire. D'autre part le système intrathoracique communique également avec les ganglions axillaires par l'intermédiaire des groupes cervicaux inférieurs, sus et sous-claviculaires. Ces faits sont de la plus haute importance pour nous.

R. Petit en 1897 montre que les ganglions sus-claviculaires sont en communication directe avec les ganglions cervicaux et axillaires. Il décrit d'une façon précise la chaîne lymphatique qui relie les ganglions cervicaux avec les sus et sous-claviculaires. Les vaisseaux qui en partent suivent les vaisseaux sous-claviers pour se rendre aux ganglions axillaires.

Allard en 1900 établit le schéma du système lymphatique de cette région. Les ganglions pulmonaires, pleuraux et trachéo-bronchiques communiquent d'une part avec les cervicaux inférieurs qui s'anastomosent avec les ganglions axillaires.

En résumé nous voyons que les lymphatiques cutanés reçoivent les lymphatiques pleuraux et se rendent aux ganglions sus-claviculaires, mammaires et axillaires. Les cervicaux inférieurs sont en communication avec les prétrachéaux et les sus-claviculaires. Lessous et sus-claviculaires reçoivent comme afférents les efférents des ganglions axillaires. Les ganglions trachéo-bronchiques reçoivent les lymphatiques superficiels et profonds du poumon et de la plèvre. Ils communiquent encore : en haut avec les ganglions du cou et sus-claviculaires, en avant avec les ganglions mammaires internes et externes, latéralement avec les ganglions de l'aisselle.

Donc tous les ganglions intra et extra-thoraciques peuvent facilement communiquer entre eux soit en dedans soit en dehors du tronc.

Pour bien comprendre la dépendance des lésions du poumon et de la plèvre d'une part, des ganglions axillaires d'autre part, il nous reste à dire quelques mots des lymphatiques du poumon et de la plèvre.

LYMPHATIQUES DU POUMON

Les lymphatiques du poumon furent signalés pour la première fois par Rudbeck en 1654, Willis en 1675 les décrivit chez le chien. Il faut arriver à Mascagni (1780) pour trouver une description suffisamment exacte. Sappey a définitivement établi leur disposition. Les vaisseaux lymphatiques naissent de réseaux périlobulaires et de réseaux annexés à l'arbre bronchique. Ces réseaux sont très anastomosés entre eux, c'est pourquoi un engorgement ganglionnaire déterminé ne peut correspondre à une lésion d'une partie du poumon. De ces deux réseaux d'origine partent deux ordres de collecteurs que l'on distingue en superficiels et profonds. Ces deux collecteurs se rendent aux ganglions trachéo-bronchiques.

LYMPHATIQUES DE LA PLÈVRE

Bichat en 1816 fait entrer le système lymphatique dans la formation des séreuses. Sappey nie l'existence de ces vaisseaux lymphatiques. Dans sa thèse en 1874, Troisier en injectant, comme le firent Mascagni et Dybkowsky, un liquide coloré dans la cavité pleurale, conclut que celle-ci communique d'une part avec les réseaux lymphatiques de la paroi pectorale et d'autre part avec les lymphatiques propres du poumon. D'après Jarjavay, Cruveilhier et Richet (1877), les ganglions cervicaux inférieurs reçoivent les lymphatiques intercostaux supérieurs et lorsqu'il existe des adhérences pleuro-pulmonaires au sommet du thorax, les lymphatiques intercostaux sont intéressés par la lésion, puis les cervicaux inférieurs et secondairement, étant donnés leurs rapports avec les ganglions de l'aisselle, il se développe une adénite axillaire. Sanchez Tolédo injecte dans la plèvre du vermillon de Chine et du bleu de Prusse tenus en suspension dans de l'eau distillée à 37 degrés bouillie et salée.

Il conclut à l'existence de la communication de la plèvre costale avec les réseaux lymphatiques sous-jacents. De plus, le liquide coloré passait dans le

parenchyme pulmonaire. Poirier et Cunéo montrent que l'existence des lymphatiques pleuraux est bien établie aujourd'hui. Les lymphatiques du feuillet viscéral se jettent dans les collecteurs superficiels du poumon. Les lymphatiques du feuillet pariétal se jettent dans les troncs intercostaux pour la plèvre costale, dans les troncs diaphragmatiques pour la plèvre viscérale diaphragmatique, dans les ganglions du médiastin postérieur pour la plèvre médiastine. Enfin, ce qui est très important pour nous, Most (*Arch. f. Anat.* 1908), a pu par une piqûre pleurale pratiquée au niveau de la quatrième côte, injecter un tronc qui aboutissait aux ganglions axillaires.

En résumé les lymphatiques pleuro-pulmonaires sont en communication d'une part avec les ganglions trachéo-bronchiques, d'autre part avec les ganglions axillaires.

IDÉE GÉNÉRALE DES RAPPORTS ENTRE L'ADÉNOPATHIE AXILLAIRE

ET LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

On reste étonné de la pénurie des documents lorsque l'on recherche des observations précises et des statistiques établissant les rapports entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pulmonaire. Ce fait n'a pas assez fixé l'attention des observateurs ; il n'est pas signalé dans les auteurs classiques. Velpeau ne parle pas de cette adénopathie coïncidant avec la phtisie. Louis n'en signale qu'un cas. Lebert la considère comme une chose accidentelle. Sanchez Tolédo fait remarquer que cette absence de documents est due à l'inobservation des auteurs, car souvent l'adénite de l'aisselle est l'affection prédominante. Par contre Charles Vidal reconnaît la relation qui existe en général entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose. Parrot prétend que les lésions des ganglions sont subordonnées à celles des organes dont ils dérivent. Pour Luzet l'envahissement du creux axillaire en impose pour la phtisie. Potier prétend que dans toutes les formes de tuberculose, les ganglions périphériques reçoivent le plus souvent le contre coup de l'infection bacillaire. Sanchez Tolédo

a bien montré les rapports qui existent entre cette adénopathie et la tuberculose; mais il traite de l'adénite aiguë avec ramollissement, suppuration et évolution vers l'intervention chirurgicale. Nous ne nous occupons ici que des cas les plus nombreux de beaucoup où à la palpation, on trouve des ganglions augmentés de volume et durs. Cette adénopathie est très fréquente; elle se produit au cours de la maladie et souvent en est le premier symptôme clinique. Il est nécessaire de rechercher parfois la lésion pulmonaire, car si le poumon n'est pas examiné minutieusement avec tous les moyens d'investigation (inspection, palpation, percussion, auscultation, radiographie) l'adénopathie reste un fait mal interprété. Quelquefois même on trouve à l'autopsie des noyaux crétacés et l'oreille la mieux exercée n'avait rien trouvé d'anormal, cependant ces lésions pulmonaires avaient eu leur retentissement dans les ganglions axillaires.

Lorsqu'il existe une adénopathie dans l'aisselle, elle se trouve toujours du même côté que la lésion pulmonaire. C'est une preuve de plus de corrélation. Ou bien l'adénopathie est isolée et paraît spontanée, mais l'examen pleuro-pulmonaire du même côté révèle les lésions tuberculeuses à un stade parfois avancé. Ou bien l'infection bacillaire a porté d'abord sur le poumon, puis sur les ganglions trachéo-bronchiques et sus-claviculaires, et de là par voie récurrente sur ceux de l'aisselle. Nous étudierons cette voie rétrograde au chapitre suivant. Ailleurs le dé-

but s'est fait par les ganglions sous-maxillaires, puis sous et sus-claviculaires, puis d'une part aux ganglions trachéo-bronchiques, d'autre part aux ganglions axillaires ; l'infection a suivi une marche descendante. Quinquand et Bazin ont bien décrit cette marche descendante des lésions. Laënnec enfin, signale dans son *Traité de l'auscultation médiate* que la tuberculose peut commencer par les ganglions lymphatiques et le poumon n'être que postérieurement atteint.

L'inoculation est aussi un très bon procédé pour prouver les relations entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pulmonaire. Arloing entreprit des recherches sur les ganglions axillaires d'animaux de boucherie reconnus tuberculeux à l'abattoir. Il injecta la pulpe de ces ganglions à des cobayes. Voici le résumé de ses expériences : 1° ganglions axillaires provenant d'un bœuf offrant des lésions tuberculeuses moyennement étendues dans le parenchyme pulmonaire ; rien aux plèvres. Sur 5 cobayes inoculés 1 devient tuberculeux ; 2° ganglions axillaires recueillis sur une vache saisie par le service sanitaire pour bacillose pulmonaire étendue. Sur 5 cobayes inoculés, aucun ne devient tuberculeux ; 3° ganglions axillaires provenant d'une vache tuberculeuse. Sur 5 cobayes, un devient tuberculeux ; 4° sur 4 cobayes inoculés de pulpe ganglionnaire, un devient bacillaire ; 5° ganglions axillaires provenant d'une vache non saisie bien qu'elle présentât des masses tuberculeuses occupant la moitié des deux

poumons. Sur 4 cobayes, 3 contractent la maladie ; 6° ganglions axillaires pris sur un bœuf présentant des tubercules peu abondants et disséminés. Sur 5 cobayes aucun ne devient tuberculeux ; 7° ganglions axillaires prélevés sur un bœuf ayant quelques lésions pulmonaires et pleurales. Sur 5 cobayes inoculés, 5 prennent la maladie. En résumé sur sept épreuves, cinq furent positives. Sur 33 cobayes inoculés, 11 devinrent tuberculeux. Donc il existe bien une relation entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose. Lorsqu'il n'existe aucune lésion apparente du poumon, l'adénite doit nous apparaître comme une menace de bacillose. Nous croyons que chaque fois que l'on palpe en cette région un engorgement ganglionnaire, on doit craindre la phtisie et surveiller les poumons.

Mais dans quel sens faut-il interpréter cette inflammation ganglionnaire ? Ceci est important au point de vue du pronostic, car il serait relativement bénin si nous la considérons comme un phénomène réactionnel, et au contraire défavorable s'il s'agit d'une propagation de l'infection pulmonaire. Nous pensons que cette seconde hypothèse est la plus probable, car le plus souvent les ganglions sont d'autant plus nombreux et plus gros que le processus pulmonaire est plus intense.

ESSAI DE PHYSIOLOGIE

Il existe donc un rapport étroit entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pleuro-pulmonaire. L'adénite axillaire est tantôt isolée, primitive ou secondaire, tantôt associée aux adénopathies sus-claviculaire, cervicale, inférieure et médiastine. Il convient maintenant de rechercher le mécanisme par lequel l'infection se produit et dans quel sens elle se fait par rapport à la marche de la lymphe.

I. — La diffusion du virus tuberculeux peut se faire par contiguïté. Les bacilles qui ont franchi un premier groupe ganglionnaire gagnent les groupes voisins en suivant la voie lymphatique dans toutes les directions. En effet les origines des lymphatiques forment un système très étendu qui permet la diffusion par contiguïté et les expériences de Decour ont montré que des corps inertes, poussières, particules de couleur injectées se propagent à la fois dans les voies centrifuge et centripète, grâce aux nombreuses anastomoses lymphatiques. Le contact de la plèvre pariétale avec un foyer pulmonaire bacillaire suffit pour que l'infection se produise et gagne les ganglions de voisinage.

Leplat a montré il y a longtemps que les abcès thoraciques et les adénites axillaires étaient consécutifs à

une pleurésie ancienne. Nous avons donc déjà un premier processus ; le virus gagnant les lymphatiques pleuraux, puis par l'intermédiaire des lymphatiques thoraciques, il arrive aux ganglions axillaires. Le fait s'explique encore mieux s'il existe des adhérences pleuro-pulmonaires. Dans ce mécanisme, l'infection pulmonaire est primitive.

II. — La diffusion du virus peut également se faire par voie lymphatique. Pour Laënnec, Quinquand, Parrot, Küss, Arloing, ce serait la voie de prédilection. Les professeurs Lépine et Carrieu ont démontré que la propagation de la tuberculose pouvait se faire par les lymphatiques. Colin (1885) prétend même que la phtisie se propage toujours par cette voie. Ou bien l'infection pulmonaire est primitive, ou bien elle est secondaire.

Dans le premier cas le bacille entraîné par le courant inspiratoire arrive dans les bronchioles, puis dans les alvéoles. C'est là que commence son rôle actif. Les ganglions trachéo-bronchiques qui reçoivent bacilles et toxines venus des lymphatiques pulmonaires s'hypertrophient. L'infection est apportée par les afférents aux ganglions et de là par les efférents gagne les autres groupes ganglionnaires. Mais si nous concevons facilement qu'une infection des ganglions trachéo-bronchiques puisse atteindre les cervicaux inférieurs, puis les sous et sus-claviculaires, car nous avons vu en anatomie les relations étroites qui existent entre ces groupes ganglionnaires, nous nous expliquons moins bien qu'après

le groupe claviculaire, l'infection puisse atteindre les ganglions axillaires. Il faut pour cela que le processus pathologique suive une direction inverse au sens de marche de la lymphe ; en effet si nous nous reportons à l'anatomie, nous voyons que les efférents des ganglions axillaires sont les afférents des claviculaires. Cette propagation le long des parois dans un sens opposé à celui du courant lymphatique nous laisse supposer comme probable une oblitération plus ou moins complète du canal à son aboutissement avec les lymphatiques malades. Les vaisseaux oblitérés, il devient possible à l'infection de suivre une direction opposée au courant lymphatique.

Enfin il nous reste à voir les cas où l'infection pulmonaire est secondaire et le processus ganglionnaire primitif.

Ou bien il s'agit d'un individu qui est atteint d'une adénopathie trachéo-bronchique. Les bacilles inhalés franchissent le tissu pulmonaire sans s'y fixer ; de là ils gagnent les ganglions trachéo-bronchiques, provoquent des lésions, et les rendent imperméables. Le courant lymphatique change de sens et le poumon est atteint secondairement.

Ou bien enfin, il s'agit d'un malade atteint d'adénopathies sous-maxillaires ou cervicales. La marche de la lymphe est ici très simple, elle suit une direction descendante. Après les ganglions cervicaux, ce sont les ganglions sus-claviculaires et axillaires qui sont atteints d'une part, les ganglions médiastinaux d'autre part et de là le poumon secondairement.

De cette étude, nous voyons que le virus peut suivre un sens inverse de celui du courant de la lymphe ; que le poumon peut être atteint primitivement ou secondairement ; que tantôt l'adénopathie axillaire peut être due à une infection directe se faisant de proche en proche partant du poumon pour envahir la plèvre, les parois thoraciques et l'aisselle ; tantôt du poumon le virus atteint d'abord les ganglions trachéo-bronchiques, puis l'infection gagne les chaînes cervicales, claviculaires et de là par voie rétrograde les ganglions axillaires. Enfin le point de départ du processus bacillaire peut être dans les ganglions sous-maxillaires ou cervicaux inférieurs ; dans ce dernier cas, il suit une marche descendante jusqu'aux groupes axillaire et médiastinal. Ici l'infection ganglionnaire est primitive et le poumon n'est atteint que secondairement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme dans toute inflammation banale, les ganglions tuberculeux s'accompagnent également d'une inflammation concomitante du tissu conjonctif périadénique. Dans la tuberculose, l'hyperplasie ne constitue pas à elle seule toute l'altération ganglionnaire, les lésions dues au bacille de Koch ne tardent pas à se montrer. Nous ferons un bref résumé de la question en nous en rapportant aux auteurs classiques. D'après Letulle, les ganglions peuvent offrir les aspects les plus divers. On en trouve qui ne présentent sur les sections aucune trace apparente de tubercules. D'autres sont semés de fines granulations miliaires jaunâtres. Enfin le plus souvent, ils sont arrondis ou bosselés, leur couleur est blanc jaunâtre, leur dureté remarquable. Sur les coupes, le tissu ganglionnaire se montre transformé en une masse sèche blanche ou jaune comparée à la pulpe de marron d'Inde. Dans des ganglions très voisins, ou dans le même ganglion, on peut trouver différents degrés d'altération. Nœgeli entreprit des recherches sur les ganglions axillaires tuberculeux qu'il coupa en tranches fines. Macroscopiquement, par une longue pratique, on peut arriver à distinguer dans ces ganglions des points ou des parties ayant la transparence

du verre. Dans les coupes, on peut apercevoir à l'œil nu des nodules gris blanchâtres qui sont des follicules tuberculeux.

Histologiquement, ces altérations ganglionnaires présentent d'une façon générale tous les stades successifs des lésions bacillaires. On trouve des éléments cellulaires confondus en une masse finement granuleuse déjà dégénérée, ne se colorant plus ; des follicules tuberculeux classiques avec cellules géantes ; des petits foyers circonscrits de matière caséo-calcaire.

De plus, les ganglions contiennent le bacille de Koch, qu'il est facile de voir en colorant les coupes par la méthode de Ziehl. Enfin, nous avons vu précédemment que l'inoculation de la pulpe ganglionnaire injectée à des cobayes, les rendait très souvent tuberculeux. Souvent un premier cobaye inoculé ne réagit pas ; au microscope, les ganglions ne montrent pas de bacilles, mais simplement une légère inflammation ganglionnaire. Si on inocule la pulpe ganglionnaire de ce premier cobaye à un second, on voit alors des lésions se déclarer chez cet animal. Pour cela le professeur Arloing opérait ainsi :

Il débarrassait les ganglions axillaires des lambeaux de graisse adhérents, puis les plongeait un instant dans de l'eau bouillante pour stériliser leur surface. Il prélevait ensuite par raclage avec un instrument stérile un peu de leur pulpe qu'il délayait dans un peu d'eau stérilisée. Il filtrait et injectait sous la peau. Au bout de six semaines les cobayes étaient sacrifiés. Il constatait ainsi la présence de bacilles de Koch virulents.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons vu les relations qui existent entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose pleuro-pulmonaire ; qu'il était parfois nécessaire, lorsque l'on constate des ganglions dans l'aisselle, d'examiner attentivement les poumons et en particulier les sommets, pour que cette adénite ne reste pas un fait isolé et par là même mal interprété. Bazin, Lugol, Deligny rapportent des exemples d'adénites axillaires sans tuberculose pulmonaire (après avoir, bien entendu, éliminé toute syphilis, tout néoplasme et toute solution de continuité au membre supérieur), mais leur attention n'était point portée sur les rapports des deux affections et nous croyons qu'ils ont dû laisser échapper une manifestation légère de la tuberculose pulmonaire. Certes, il existe d'autres adénopathies au cours de la tuberculose pulmonaire, et les ganglions sus-claviculaires hypertrophiés ont été souvent signalés par les auteurs au cours de cette maladie. Mais cette adénopathie n'est pas toujours accessible d'emblée à la palpation ; il faut montrer quelque circonspection dans l'appréciation de cette adénite et ne pas prendre pour un ganglion tout petit nodule que l'on perçoit dans le creux sus-

clavier. En général, ces ganglions sont petits et beaucoup plus difficiles à palper que dans le creux axillaire. De toutes les régions ganglionnaires, le creux sus-claviculaire est le plus difficile à explorer ; c'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable de rechercher les ganglions dans l'aisselle où ils sont très faciles à constater.

En présence d'un malade bacillaire et surtout d'un suspect de phthisie, il faudra donc toujours rechercher les ganglions de l'aisselle. Comment les trouver ? Nous allons indiquer la technique employée dans le service de notre Maître, M. le Dr Bruhl, à l'hôpital Bichat, et qui permet de les palper très aisément sans une longue éducation.

Pour les trouver à l'état pathologique, on fait écarter légèrement le bras du malade et on lui conseille de ne pas se contracter. Puis on introduit profondément les doigts de la main droite tout au fond du creux axillaire, au sommet de la pyramide. Ses doigts sont réunis sauf le pouce et placés dans la même position que pour pénétrer dans un utérus, après l'accouchement, la pulpe digitale appliquée sur la paroi thoracique, le bras du médecin rapproché du thorax du malade ; on fait glisser les doigts le long de la paroi costale en essayant de faire rouler les ganglions sous les doigts. Par ce procédé ils n'échappent pas à l'exploration, même quand ils sont petits et peu nombreux.

A la palpation, on sent des petites masses arrondies ou ovales, plus ou moins fermes, roulant sous

le doigt, atteignant un volume qui varie entre la grosseur d'un pois ou d'une noix. Ces ganglions sont sans adhérences avec les parties profondes de la peau, sans manifestations inflammatoires et dont la principale caractéristique est l'indolence. C'est une lésion qu'il faut aller chercher, car le malade ne la signale jamais.

A la palpation, on peut distinguer trois formes principales :

- 1° L'adénite simple ;
- 2° La grappe polyadénitique ;
- 3° Le paquet polyadénitique.

L'adénite simple se manifeste par un seul ganglion isolé qui s'engorge, grossit et peut atteindre le volume d'une amande ou d'une noix. Il est indolent, mobile, d'une consistance ligneuse, ou pierreuse, sans rougeur de la peau. Le malade en est porteur sans s'en apercevoir.

Mais il est assez rare qu'un seul ganglion soit atteint ; la forme polyadénitique est en effet la plus fréquente. Dans la grappe polyadénitique, on perçoit à la palpation une série de ganglions en nombre variable, tous fermes et indolents, avec généralement un plus gros que les autres. C'est celui-là qui a contaminé tous les autres ; autour de lui, l'envahissement pathologique s'est fait de proche en proche et dans tous les sens. Ils restent tous isolés et distants les uns des autres et ils affectent la forme d'une grappe. Ils peuvent s'arrêter à ce stade de leur évolution et conserver cet état pendant des mois. Nous

ne parlerons pas de leur évolution vers le ramollissement et la suppuration, cette question ayant été étudiée par Sanchez-Toléro.

Enfin dans le troisième cas, du tissu conjonctif enserre et agglomère cette grappe ganglionnaire. Il se forme autour d'eux une gangue épaisse, adipeuse ou fibreuse, qui les transforme en paquet. A la palpation, on perçoit une masse avec des points indurés par place. Ce paquet glisse d'un seul bloc sur le plan profond ; la surface est irrégulière et comme lobulée ; les ganglions ne sont plus mobiles sous les doigts.

Olympitis signale le sexe masculin comme présentant plus d'adénopathies axillaires au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire que le sexe féminin. Nous avons recherché et il ne nous a pas paru qu'il existât une différence. Nous avons constaté également cette adénite à tout âge. Enfin au point de vue des antécédents des malades, elle est très fréquente, nous dirions même constante, chez des individus ayant eu une pleurésie ou une atteinte antérieure de bacillose pulmonaire. Fait capital, elle est unilatérale si la lésion pleurale ou pulmonaire est ou était unilatérale, et elle siège toujours du même côté de la lésion. Si l'on perçoit à la palpation une adénopathie bilatérale, les lésions sont bilatérales et l'adénopathie est d'autant plus prononcée que le processus bacillaire est plus intense. Si les lésions sont plus avancées au sommet droit qu'au sommet gauche,

les ganglions du creux axillaire droit sont plus gros ou plus nombreux que du côté gauche.

Au point de vue clinique, ou bien l'adénopathie est isolée, il n'y a ni adénites sus-claviculaire ni trachéo-bronchique. Elle est une complication directe de la lésion pleuro-pulmonaire par propagation de proche en proche du virus tuberculeux. C'est la forme la plus fréquente. Ou bien l'adénopathie axillaire coexiste avec un engorgement sus-claviculaire ; ou bien elle est associée à l'adénite trachéo-bronchique et sus-claviculaire ; enfin nous pouvons avoir affaire à des individus dits scrofuleux présentant des ganglions sous-maxillaires, cervicaux, médiastinaux. Lorsque l'adénite sus-claviculaire coexiste, la bacillose chemine de haut en bas pour aboutir au poumon. Lorsqu'il existe une adénopathie trachéo-bronchique et sus-claviculaire, elles servent de trait d'union entre l'adénopathie axillaire et la tuberculose. L'affection pleuro-pulmonaire est primitive. Enfin si nous avons affaire à un individu dit scrofuleux, la lésion pulmonaire et la lésion axillaire se développent simultanément parce que la cause agit en même temps ; l'adénite coïncide avec le début de bacillose.

Lorsque l'on constate une adénopathie axillaire et des lésions pulmonaires parfois très accusées, la corrélation qui existe entre les deux affections s'explique aisément, mais souvent, nous l'avons vu, il faut rechercher la lésion tuberculeuse en tenant compte d'un léger degré d'augmentation ou de dimi-

nution des vibrations, des moindres changements de rythme des deux temps de la respiration. La radioscopie et la radiographie seront d'un précieux secours pour aider à poser le diagnostic et mettre en évidence la relation entre les ganglions de l'aisselle et la tuberculose pulmonaire.

L'adénopathie axillaire peut indiquer aussi une atteinte antérieure de bacillose passée quelquefois inaperçue ou guérie. Aussi la constatation de ces ganglions est-elle de la plus grande utilité, car elle permet d'établir un diagnostic rétrospectif et d'affirmer une poussée tuberculeuse antérieure.

Cette adénite peut être encore le témoin d'un réveil de bacillose latente ; la recherche de ses ganglions devient d'une grande importance, surtout si au point de vue clinique le diagnostic est hésitant. Enfin il peut s'agir d'une tuberculose latente. Fernet, en 1899, la signale comme signe fréquent ; Thiroloix la considère également comme un très bon symptôme. Ces foyers latents compatibles avec une bonne santé générale sont excessivement fréquents. La valeur du diagnostic ganglionnaire est importante pour le médecin militaire. A l'occasion de l'entraînement, des fatigues de la caserne, ces foyers latents, que la présence d'une adénopathie axillaire signale, peuvent ne pas rester toujours silencieux. Nous ne voulons pas dire qu'il faille éliminer tous ces individus de l'armée car ces foyers peuvent rester latents très longtemps et même toute la vie ; c'est ainsi que chez des vieillards atteints d'emphy-

sème pulmonaire, on trouve quelquefois des ganglions axillaires, bien que ces individus n'aient pas présenté de lésions bacillaires en évolution ; mais il faudra, chez ces porteurs de ganglions axillaires hypertrophiés, examiner avec détails leurs antécédents, leur constitution, leur état pulmonaire et les surveiller attentivement.

Nous voyons donc : que l'adénopathie axillaire est un des signes auxquels on est en droit d'accorder une valeur réelle pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire ; que cette adénite nous renseigne sur l'état du poumon ; que ces ganglions sont d'autant plus hypertrophiés que le processus bacillaire est plus intense ; que chaque fois qu'il existe sans cause déterminée des ganglions augmentés de volume dans l'aisselle, on doit penser à une phthisie qui a évolué ou évoluera plus tard.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu l'intérêt qu'il y avait au point de vue clinique à rechercher les ganglions axillaires d'une façon systématique. Leur constatation aura un double avantage : dans le cas de tuberculose pulmonaire suspecte ou latente, elle permettra de déceler ou de confirmer le diagnostic de bacillose au début et dans le cas de tuberculose déclarée, elle pourra donner un élément de pronostic, car nous avons vu qu'elle nous renseignait sur l'intensité du processus bacillaire.

Le diagnostic de ces adénopathies axillaires est très facile ; nous avons vu que leur recherche est très aisée. Leur présence constatée, il faudra éliminer d'abord l'adénite simple en examinant le sein, le membre supérieur pour se rendre compte de l'existence d'une solution de continuité ou de petites plaies infectées. Cette adénite simple disparaît par le traitement des portes d'entrée de l'infection.

Il faudra songer également à l'adénite syphilitique. Mais dans cette maladie, il y a des antécédents particuliers, une symptomatologie spéciale ; les ganglions conservent en général leur indépendance et leur mobilité. De plus les ganglions occipitaux et épitrochléens sont augmentés nettement de volume.

Enfin, le traitement par le mercure ou les arsenicaux fait disparaître cette adénite.

Dans le néoplasme pulmonaire, les ganglions axillaires peuvent être pris, mais dans le creux sus-claviculaire il existe généralement un ganglion enflammé. Le faciès du malade n'est pas celui du bacillaire. Enfin la dyspnée violente, l'expectoration rosée, gelée de groseilles, affirment le diagnostic.

Nous éliminerons pour terminer la lymphadénie. Mais dans ce cas, l'engorgement n'est pas localisé seulement au creux axillaire, il forme des tumeurs plus volumineuses, l'accroissement est continu, les ganglions offrent une consistance tantôt molle, tantôt dure. Enfin la rate est augmentée de volume et on trouve à la numération globulaire de la leucocythémie.

PRONOSTIC

L'engorgement ganglionnaire joue un rôle de protection contre l'infection. Le ganglion est un organe d'arrêt des bactéries, il retient au passage celles qui n'ont pas été détruites au point d'inoculation et qui ont échappé à l'action leucocytaire. Mais par contre, par la voie lymphatique l'infection peut aussi se généraliser à tout le système ganglionnaire et par cette voie, les organes voisins peuvent être atteints.

D'une façon générale de la présence de ganglions axillaires hypertrophiés, on peut déduire un élément de pronostic : s'il s'agit de tuberculose confirmée, les ganglions sont d'autant plus développés et nombreux que les lésions pulmonaires sont plus prononcées. L'adénopathie axillaire peut également être un des premiers symptômes d'une tuberculose au début, ou l'indice de lésions pulmonaires bacillaires anciennes et cicatrisées.

Enfin si l'examen clinique ne révèle rien au point de vue phtisique, leur constatation indique néanmoins un terrain suspect qu'il faudra surveiller avec soin. Certes, cette bacillose latente peut ne pas donner de manifestations pendant des années. Mais il n'en est pas moins vrai qu'à la faveur d'une cause

déprimante quelconque (fièvre éruptive, surmenage, misère, traumatismes) ces lésions d'attente peuvent se réveiller et évoluer. Selon l'expression de Decour : « Ces foyers restent pour le porteur une menace perpétuelle ; ce sont de véritables étincelles qui couvent sous la cendre, toujours prêtes à porter l'incendie en un autre point. »

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas du traitement de l'adénopathie axillaire lorsque la tuberculose pulmonaire est en évolution. Dans ce cas traiter la bacillose s'impose uniquement et l'adénite axillaire ne doit pas occuper le clinicien au point de vue du traitement. Nous ne nous occuperons ici que des cas où il s'agit de bacillose latente, où l'auscultation ne révèle rien et où cependant la palpation du creux axillaire fait percevoir une adénopathie.

Sanchez Tolédo préconise l'extirpation dans les cas où l'adénopathie axillaire est très prononcée et les ganglions enflammés. Nous pensons que s'abstenir est préférable. Le traumatisme opératoire peut aggraver les lésions bacillaires ou les déclancher si elles sont latentes. De plus l'adénopathie axillaire n'est pas toujours isolée. L'inflammation ganglionnaire forme une longue chaîne qui intéresse les ganglions sus-claviculaires et médiastinaux. Le malade ne retirerait donc aucun bénéfice de l'ablation des ganglions axillaires.

Au point de vue local, le traitement médical est bien contestable.

Au point de vue général, il consistera en une

hygiène appropriée, bonne alimentation riche en sels de chaux, vie au grand air ou cure d'altitude. Enfin les toniques, l'huile de foie de morue, le fer, l'arsenic seront préconisés. Faut-il envoyer ces malades à la mer ? Celle-ci est recommandée pour l'adénopathie en général, mais la tuberculose pulmonaire est une contre-indication formelle. Il faudra donc être réservé pour envoyer à la mer des malades présentant des ganglions axillaires hypertrophiés, car il y a de la tuberculose sous roche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Malade du service de M. le D^r Bruhl.)

M. B... (Jules). 53 ans, journalier, entre le 29 décembre 1921 à l'hôpital Bichat, salle Andral, lit n° 31.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire à 32 ans. Pas de renseignements sur le père.

Antécédents collatéraux — Sœur âgée de 53 ans bien portante, deux frères morts de tuberculose pulmonaire, le premier à l'âge de 44 ans, le second à 40 ans.

Antécédents personnels — Bien portant jusqu'à 1917.

Début de la maladie il y a cinq ans par bronchite. Tousse depuis tous les hivers. En juillet 1921, fait une pleurésie gauche qui a nécessité une ponction évacuatrice à l'hôpital Lariboisière ; on retire un liquide citrin. Le malade a remarqué qu'il a maigri beaucoup ; il pesait 70 kilos lorsqu'il était bien portant, et maintenant 55 kilos.

Actuellement cet homme est pâle, maigre et se plaint de sueurs nocturnes très abondantes. Température oscillante entre 38 et 39 degrés. Dix-huit respirations à la minute.

Tousse beaucoup, expectoration peu abondante, mais purulente. Jamais d'hémoptysies.

Examen pulmonaire. — *En avant* : les vibrations thoraciques sont un peu augmentées. La percussion dénote une diminution de la sonorité au sommet droit et de la résistance au doigt. A l'auscultation, respiration rude, mêlée de crépitation au sommet droit. Expiration prolongée, soufflante. A gauche, la respiration est normale. *En arrière* : vibrations thoraciques augmentées au sommet droit, diminuées à la

base gauche. On constate à la percussion que le poumon est mat dans la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation : respiration normale à gauche sauf à la base où il persiste un léger degré de pleurite ; au sommet droit : inspiration rude, soufflante, expiration prolongée.

Les autres appareils nous ont paru normaux. Pouls 96. Appétit conservé, fonctions digestives normales, ni sucre ni albumine dans les urines.

Examen du creux axillaire. — En explorant le creux de l'aisselle on trouve du côté droit trois ganglions du volume d'une noisette, indolores et noyés dans une masse cellulo-adipeuse. A gauche, deux petits ganglions mobiles fuyant sous le doigt.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Radioscopie. — A gauche : symphyse pleurale, diaphragme immobile, aspect marbré du poumon. Sclérose pulmonaire. A droite : infiltration du sommet droit. Aspect pommelé. Le sommet ne s'éclaire pas à la toux. Diaphragme immobile, festonné, fixé à sa partie interne.

OBSERVATION II

(Malade du service de M. le Dr Bruhl.)

M. F..., 47 ans, cantonnier, entre le 26 janvier 1922 à l'hôpital Bichat, salle Andral, lit n° 16. Rien de précis au sujet des antécédents héréditaires et collatéraux. Deux enfants bien portants. Femme âgée de 44 ans ayant eu plusieurs hémoptysies. Dans son enfance, le malade ne se souvient d'aucune maladie notable, mais à partir de l'âge de 20 ans a toujours toussé. Bronchites répétées tous les hivers. Aggravation de l'état général depuis novembre obligeant le malade à cesser complètement son travail. Actuellement température entre 39 et 40 degrés. Faciès pâle, amaigri. Tousse beaucoup, crachats abondants muco-purulents.

Examen pulmonaire. — *En arrière* : vibrations thoraciques

exagérées au sommet gauche. Matité à la percussion. A l'auscultation, gros râles sous-crépitaux humides, souffle caverneux, gargouillement. A droite : submatité, petits craquements à l'auscultation.

En avant : mêmes signes qu'en arrière du côté droit et du côté gauche.

Autres appareils. — Laryngite depuis le 15 février ; se plaint beaucoup de la gorge ; la déglutition de liquides est possible, mais impossible pour les solides. Pouls 116. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Examen du creux axillaire. — A gauche, gros ganglion induré, indolent, roulant sous le doigt ; à droite, rien de perceptible à la palpation.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Radioscopie. — L'état du malade n'a pas permis son transport à la radioscopie.

OBSERVATION III

(Malade du service de M. le D^r Bruhl.)

M. B... Gustave, 55 ans, marchand de marrons, entre le 4 mars 1922 à l'hôpital Bichat, salle Andral, lit n° 32.

Atteint d'hémiplégie, il parle d'une façon presque incompréhensible. Tousse depuis l'enfance avec bronchites tous les hivers. Hémoptysies répétées. Actuellement température 39 avec de grandes oscillations. Le malade est très amaigri mais nous n'avons pu lui faire préciser exactement de combien. Doigts hippocratiques. Expectoration peu abondante et peu purulente.

Examen pulmonaire. — *En avant* : rien de spécial au sommet droit. A gauche : submatité au sommet, inspiration rude saccadée, expiration prolongée, soufflante. *En arrière* : rien au poumon droit. A gauche : vibrations exagérées au sommet. A la percussion : matité avec résistance au doigt ; à l'auscultation, perte de substance au sommet gauche, râles

sous-crépitants fins plus nombreux après la toux. Retentissement de la voix et de la toux.

Autres appareils. — Pouls 110 à la minute. Pas d'appétit. Constipation. Pas d'albumine dans les urines.

Examen de l'aisselle. — A l'exploration du creux axillaire gauche, on trouve cinq à six ganglions petits, en grappe, isolés les uns des autres, mobiles et non douloureux. La palpation de l'aisselle droite ne nous a révélé rien de pathologique.

Radioscopie. — Atteint d'hémiplégie, nous n'avons pu le faire descendre à la radioscopie.

OBSERVATION IV

(Malade du service de M. le Dr Bruhl.)

Le nommé T... (Albert), 41 ans, gardien de la paix entre le 18 février 1921 à l'hôpital Bichat, salle Andral, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant, mère morte à 69 ans d'accident.

Antécédents collatéraux. — Cinq frères et une sœur bien portants. Ni frère, ni sœurs morts. Femme bien portante, sans fausses couches.

Antécédents personnels. — Pleurésie en 1916 ponctionnée deux fois. Hémoptysie en 1917. Le début de la maladie remonte en 1916 après sa pleurésie. A toujours toussé depuis. Il pesait 76 kilogrammes avant son épanchement pleural, 59 kilos le jour où nous l'avons examiné.

Actuellement. température oscillant entre 38 et 40 degrés avec de grandes oscillations. Hippocratisme. Crache beaucoup. Expectoration purulente, nummulaire, sanguinolente par moment sans grosses hémoptysies, 22 respirations à la minute.

Examen pulmonaire. — *En avant :* A la palpation vibrations exagérées au sommet droit. La percussion y dénote de la matité. A l'auscultation de ce sommet nous trouvons une respiration rude avec une expiration soufflante prolongée, râles sous-crépitants plus nombreux après la toux. Bron-

chophonie. A gauche, un peu de submatité, expiration prolongée.

En arrière : mêmes signes qu'en avant pour les sommets droit et gauche.

Autres appareils. — Nous ont paru normaux. Pouls 92. Pas d'albumine.

Examen de l'aisselle. — A droite, sept à huit ganglions en grappe, d'un volume variant entre un haricot et une noisette, mobiles sous le doigt, durs et indolents. A gauche, 2 ou 3 petits ganglions d'un volume d'un haricot.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Radioscopie. — L'état du malade ne nous a pas permis de pratiquer cet examen.

OBSERVATION V

(Service de M. le Dr Bruhl.)

N. B... (Auguste), journalier, 59 ans, entre le 10 mars à l'hôpital Bichat, salle Andral, lit n° 15.

Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires et collatéraux. Soigné en 1885 pour tuberculose du sommet gauche, avec hémoptysies fréquentes, fièvre élevée, sueurs nocturnes, envoyé ensuite en convalescence à Nanterre. Actuellement, tousse depuis le début de l'hiver dernier. Température vespérale 38 degrés, pouls 80. Pas d'amaigrissement notable ; état général est très bon. Pas d'expectoration.

Examen pulmonaire. — L'auscultation montre des signes de sclérose, indiquant un processus ancien. Au sommet gauche en arrière on trouve un gros souffle expiratoire sans râles sous-crépitaux après la toux. Rien de particulier pour le sommet droit.

Examen du creux axillaire. — On trouve du côté gauche 4 à 5 ganglions du volume d'une noisette agglomérés dans une masse fibro-adipeuse. Ces ganglions sont indolents et

peu mobiles. Rien de perceptible à la palpation dans le creux axillaire droit.

OBSERVATION VI

(Service de M. le D^r Bruhl.)

Le nommé V... (André), 90 ans, journalier entre le 10 décembre 1921 à l'hôpital Bichat, salle Andral, n° 11.

Antécédents héréditaires. — Aucuns renseignements sur les parents.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères morts dont un de tuberculose à trente-deux ans.

Antécédents personnels. — Tousse depuis deux ans surtout l'hiver.

Léger épanchement pleural du côté gauche en décembre 1921, durée quinze jours. Pas de ponction évacuatrice. Actuellement, température variant entre 37°5 à 38°5. Amaigrissement notable. Sueurs nocturnes abondantes. Expectoration purulente, crachats nummulaires.

Examen pulmonaire. — *En avant* : Vibrations thoraciques exagérées à la palpation du côté gauche. A la percussion, le sommet gauche est mat, le droit est sonore. A l'auscultation du sommet droit, inspiration rude saccadée, expiration prolongée. Au sommet gauche, grosse perte de substance, souffle amphorique aux deux temps de la respiration, gargouillement, gros râles humides plus nombreux après la toux.

En arrière : submatité au sommet droit, matité au sommet gauche, submatité à la base gauche. A l'auscultation du sommet droit : expiration soufflante avec quelques craquements et sibilants après la toux. Au sommet gauche, souffle caverneux avec gros râles humides. Bronchophonie. A la base gauche, diminution de la respiration.

Autres appareils. — Pouls 90. Excellent appétit. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Creux axillaire. — A la palpation, nous trouvons quatre

ganglions du côté gauche, du volume d'une noisette avec un plus gros atteignant celui d'une petite noix. Tous sont isolés et très mobiles sous les doigts. A droite, trois ganglions plus petits.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Radioscopie. — Sommet droit s'éclaire bien, diaphragme peu mobile, festonné, fixé à sa partie interne. A gauche, rétraction de l'hémithorax correspondant. Léger degré de pleurite. Aspect sombre du sommet gauche, pommelé et marbré, ne s'éclairant pas à la toux. Perte de substance. Diaphragme presque immobile, festonné, fixé à ses deux extrémités.

OBSERVATION VII

(Malade du service de M. le D^r Bruhl.)

Mlle B... (Marie), 20 ans, sans profession, entre le 10 mars 1922 à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire à quarante ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère bien portant, une sœur tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'en 1920. Depuis janvier 1920 commence à tousser, à cracher et a des hémoptysies légères. Au début de février, toux fréquente, hémoptysie abondante d'une durée de plusieurs jours. Actuellement, la malade se plaint d'une douleur du côté droit au niveau du sommet. Température 38 à 38°5. Sueurs nocturnes abondantes. Etat général reste bon. Expectoration peu abondante, non purulente.

Examen pulmonaire. — Vibrations plutôt augmentées au sommet droit en arrière. Submatité à la percussion. A l'auscultation, inspiration rude, respiration prolongée, soufflante avec quelques craquements après la toux. Mêmes

signes en avant. Rien de spécial au sommet gauche en avant et en arrière.

Autres appareils. — Pouls 104. Appétit nul. Ni sucre ni albumine dans les urines. N'est plus réglée depuis le 1^{er} novembre 1921 sans présenter de signes de grossesse actuellement.

Examen de l'aisselle. — En palpant le creux axillaire on trouve deux ganglions, un du volume d'une noix, ferme et indolent, l'autre du volume d'un haricot. Rien dans l'aisselle gauche.

Laboratoire. — Pas de bacilles de Koch actuellement dans les crachats.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Dr Bruhl)

Mme B... Amélie, 40 ans, journalière, entre, le 24 février 1922, à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant; mère morte de bacillose pulmonaire à 37 ans.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et deux sœurs bien portants, sept frères et sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante jusqu'en décembre 1921. Commence à cette date à tousser et à maigrir. Actuellement la malade est pâle et maigre. Température 38°5, sueurs nocturnes abondantes. Expectoration muco-purulente.

Examen pulmonaire. — Matité au sommet gauche en avant et en arrière; à l'auscultation en avant et en arrière, gros souffle avec râles humides, sous-crépitaux abondants. Au sommet droit, en avant et en arrière, submatité à la percussion; à l'auscultation, inspiration rude, saccadée, expiration prolongée. Quelques sibilants.

Examen du creux axillaire. — Nous trouvons dans l'aisselle gauche deux ganglions hypertrophiés du volume d'une amande, mobiles et indolents, isolés tous les deux. A droite,

nous constatons deux ganglions plus petits également mobiles.

Radioscopie. — L'état de la malade ne nous a pas permis de pratiquer un examen radioscopique.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Bruhl.)

Mlle B... Yvonne, 16 ans, modiste, entre le 2 mars 1922 à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 14.

Pas de renseignements au point de vue des antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole, scarlatine dans l'enfance. Bronchites répétées tous les hivers. Est entrée pour hémoptysie d'abondance moyenne. Actuellement la malade est pâle, essoufflée facilement. Amaigrie de 6 kilos en un mois. Température 38 degrés à 38°5. Sueurs nocturnes abondantes. Toux fréquente, surtout nocturne. Expectoration muco-purulente.

Examen pulmonaire. — Le sommet gauche ne nous a rien révélé ni en avant ni en arrière. Matité au sommet droit en avant et en arrière, expiration prolongée, craquements et râles fins humides plus nombreux après la toux.

Autres appareils. — Pouls 120. Fonctions digestives normales. Ni sucre ni albumine dans les urines. Pas réglée depuis le 24 janvier. Pas de signes de grossesse.

Examen de l'aisselle. — La palpation ne nous a rien fait percevoir du côté gauche, à droite il existe trois ganglions hypertrophiés mobiles sous les doigts, isolés les uns des autres.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

OBSERVATION X

(Malade du service de M. le Dr Bruhl.)

Mlle F..., 25 ans, couturière, entre le 18 février à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 17.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole, scarlatine dans l'enfance. A 20 ans fut soignée chez elle pendant un an pour tuberculose du sommet gauche. Hémoptysies. Abscesses froids cervicaux dont elle porte les cicatrices. Amélioration de l'état général, ne toussait presque plus lorsqu'elle fait une grippe le 8 janvier 1922; durée une huitaine de jours. Recommence alors à tousser et à maigrir. A perdu 12 kilos depuis janvier. Actuellement, température 38 à 39 degrés. Tousse beaucoup; expectoration nulle.

Examen pulmonaire. — *Au sommet droit* : en avant et en arrière, submatité, craquements, souffle léger dans la partie interne de la fosse sus-épineuse, quelques râles fins après la toux. *Au sommet gauche* : respiration rude avec gros souffle vers la fosse sus-épineuse en avant et en arrière. Pas de râles. Sclérose pulmonaire.

Autres appareils. — Pouls 95. Ni sucre ni albumine dans les urines, bien réglée.

Examen du creux axillaire. — A droite, on trouve un gros ganglion mobile et indolent. A gauche, un amas de 6 à 7 ganglions plus petits réunis dans une gangue fibreuse.

Examen radioscopique. — Sommets nuageux s'éclairant mal à la toux, surtout à gauche. Aspect pommelé du poumon droit. Infiltration du poumon gauche. Diaphragme peu mobile, festonné.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Dr Bruhl.)

Mme R..., 38 ans, sans profession, entre le 10 mars 1922 à l'hôpital Bichat, salle Récamier, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Parents morts accidentellement.

Antécédents collatéraux. — Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — A 28 ans, congestion pulmonaire de la base gauche, durée trois mois; bronchite en 1918 répétée les hivers suivants. Tousse et crache depuis. Actuellement la malade est très amaigrie. Perte de 8 kilos depuis 1920. Température 38°5, 39°5 avec de grandes oscillations, sueurs nocturnes abondantes.

Examen pulmonaire. — *En avant* : Au sommet droit, submatité à la percussion, inspiration rude, expiration prolongée. Au sommet gauche, à la palpation, vibrations thoraciques augmentées, matité à la percussion avec sensation de résistance au doigt. A l'auscultation, gros râles humides sous-crépitants, gargouillement, retentissement de la voix et de la toux.

En arrière : au sommet droit, respiration un peu soufflante. Au sommet gauche, gros souffle expiratoire avec râles sous-crépitants s'étendant presque jusqu'à la base.

Autres appareils. — Pouls 120. Pas de diarrhée. Bien réglée. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Creux axillaire. — A l'exploration de l'aisselle gauche, on trouve 4 à 5 ganglions entourés d'une gangue fibro-adipeuse et peu mobiles. A droite, 2 petits ganglions durs, mobiles, indolents.

Laboratoire. — Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Examen radioscopique. — Aspect marbré du poumon droit, le sommet s'éclaire peu à la toux. Diaphragme peu mobile.

A gauche, le sommet est sombre et ne s'éclaire pas. Infiltration de tout le poumon gauche. Diaphragme immobile, festonné.

OBSERVATION XII

(Malade du service de M. le D^r Bruhl.)

Mme G..., 37 ans, journalière, entre le 21 février à l'hôpital Bichat, salle Récamier, n° 6 bis.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur la mère, père mort de tuberculose pulmonaire à 40 ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère mort bacillaire à 33 ans ; mari bien portant ; en 1902, enfant mort de méningite tuberculeuse à l'âge de 7 ans ; en 1915, fausse couche de trois mois. Le début de la maladie actuelle remonte en octobre 1921 par une bronchite. Amaigrissement marqué, un peu de fièvre. A partir du 15 janvier 1922, la température atteint 40 degrés avec de grandes oscillations. Amaigrissement de 15 kilos depuis le mois de janvier. Sueurs nocturnes. Expectoration abondante purulente, crachats nummulaires.

Examen pulmonaire. — *En avant* : au sommet droit, submatité, respiration soufflante, expiration prolongée. Au sommet gauche, vibrations exagérées, matité ; à l'auscultation, gros râles sous-crépitaux plus nombreux après la toux ; *en arrière* : au sommet droit, respiration rude avec quelques craquements ; au sommet gauche, percussion douloureuse, matité. A l'auscultation, perte de substance à ce niveau, gros râles humides s'étendant jusqu'au hile. Retentissement de la voix et de la toux.

Autres appareils. — Pouls 122. Appétit nul. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Examen de l'aisselle. — On trouve dans le creux axillaire gauche 5 à 6 ganglions du volume d'une amande isolés les uns des autres et mobiles. A droite, 2 ganglions du volume d'un haricot.

Laboratoire. — Présence du bacille de Koch dans les crachats.

Radioscopie. — L'examen radioscopique nous a montré : à droite, le sommet s'éclaire bien, diaphragme mobile ; à gauche, rétraction de tout l'hémithorax ; sommet gauche sombre ne s'éclairant pas à la toux avec perte de substance. Infiltration de tout ce poumon. Aspect pommelé. Grosse masse hilare. Diaphragme peu mobile, festonné, fixé à ses deux extrémités.

CONCLUSIONS

L'adénopathie axillaire est en relation étroite avec la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Elle peut être isolée ou associée aux adénopathies sus-claviculaire, cervicale inférieure et trachéo-bronchique.

L'adénopathie axillaire témoigne l'infection bacillaire et démontre une tuberculisation pulmonaire antérieure, concomitante ou qui évoluera plus tard.

Elle peut précéder la lésion pulmonaire, mais indique l'envahissement plus ou moins proche du poumon.

Elle peut être secondaire à l'affection pleuro-pulmonaire déjà arrivée à une période avancée.

Les ganglions axillaires hypertrophiés nous renseignent sur l'état du poumon.

Ils siègent toujours du même côté que la lésion pulmonaire.

Lorsqu'il n'existe aucune atteinte apparente du poumon, l'adénite axillaire doit nous apparaître comme une menace de bacillose dans un délai plus ou moins long. Il faudra penser à une tuberculose latente et l'attention du clinicien devra être portée sur les poumons, et particulièrement sur le sommet pulmonaire correspondant à l'adénite.

Elle permet de dépister la tuberculose et d'agir thérapeutiquement d'une façon efficace.

Dans les cas de bacillose pulmonaire au début, elle permet de déceler ou de confirmer le diagnostic.

Dans les cas de tuberculose confirmée, l'adénopathie axillaire pourra également donner un élément de pronostic en renseignant sur l'intensité du processus bacillaire.

Les ganglions axillaires sont d'autant plus développés et nombreux que le processus tuberculeux est plus intense.

Par sa présence, l'adénopathie axillaire peut nous révéler des lésions bacillaires anciennes, fibreuses, cicatrisées.

Vu : le président de la thèse,
F. BEZANÇON

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer.
le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Allard*. — Adénopathies thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire chronique (Thèse médicale. Paris, 1900).
- Arloing*. — Revue mensuelle médicale, février 1887.
- Baréty*. — Adénopathie trachéo-bronchique (Thèse médicale. Paris, 1874, p. 36 et 39).
- Bazin*. — Leçons sur la scrofule, 1861.
- Colin*. — Communication à l'Académie des Sciences, 1885.
- Cornil et Barbes*. — Les bactéries et leur rôle, 1885.
- Decour*. — De l'infection pulmonaire latente et lymphatiques (Thèse médicale. Lyon, 1906-1907).
- Degouy (Robert)*. — Symptômes et diagnostic de tuberculose au début (Thèse médicale. Paris, 1917).
- Dodin*. — De l'adénopathie scrofuleuse et tuberculeuse (Thèse médicale. Paris, 1881).
- Duplay*. — Manuel de diagnostic chirurgical.
- Fernet (Charles)*. — D'un syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique (Société médicale des Hôpitaux, 21 juillet 1899).
- Grancher*. — Article scrofule (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1880).
- Lymphatiques du poumon, 1877.
- Herpain*. — Adénites et périadénites à streptocoques en particulier celles de l'aisselle (Thèse médicale. Paris, 1900).
- Jacques (Anatole)*. — Les adénopathies pulmonaires (Thèse médicale. Lyon, 1906).
- Jarjavay*. — Lymphatiques de la plèvre (Archives générales de Médecine, 1847).

Kirmisson. — Note sur la topographie des ganglions axillaires (Bulletin de la Société anatomique, 1882, p. 453).

Laënnec. — Traité de l'auscultation médicale, 1837.

Lebert. — Traité clinique de la tuberculose pulmonaire p. 198.

Legroux. — Congrès de la tuberculose, 1888.

Lépine. — Archives de Physiologie, 1870, p. 297.

Leplat. — Des abcès de voisinage de la pleurésie (Archives générales de médecine, 1865).

Louis. — Recherches sur la tuberculose, 2^e édition, p. 108.

Lugol. — Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses. Paris, 1844.

Martin (Joseph). — Adénopathies sus-claviculaires et néoplasmes (Thèse médicale. Paris, 1913).

Ælsner. — Topographie des ganglions axillaires, 1901.

Olympitis (Thémistocle). — Des rapports de l'adénopathie aiguë de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire (Thèse médicale. Montpellier, 1889).

Poirier et Cunéo. — Traité d'Anatomie humaine, 1922.

Pratsicas (André). — Sémiologie médicale du creux axillaire (Thèse médicale universitaire. Lyon, 1916-1917).

Quinquand. — De la scrofule dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire (Thèse agrégation. Paris, 1883).

Ranvier. — Progrès médical, 1873.

Rendu. — Tuberculose et scrofule (Société médicale des hôpitaux, 1880).

Ricard. — Congrès de Chirurgie, 1889.

Rieffel. — Paris. Thèse médicale, 1890.

Sanchez Tolédo. — Des rapports de l'adénopathie aiguë de l'aisselle avec la tuberculose (Thèse médicale. Paris, 1887).

Sappey. — Les lymphatiques, 1876.

Trastour (Octave). — L'adénite infectieuse (Thèse médicale. Montpellier, 1908-1909).

Troisier. — Lymphangite pulmonaire (Thèse médicale. Paris, 1874).

Velpeau. — Article adénite (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. I, 1865).

Verneuil. — Etude sur la tuberculose, 1887.

Vidal (Charles). — Thèse médicale, Paris, 1891.

Villemin. — Tuberculose et scrofule (Société médicale des Hôpitaux, 1880).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 5463-22



